

Contenido

REUMATOLOGÍA

Gota y pseudogota

Por el Dr. Luis Antonio Alba Galindo.....2

ONCOLOGÍA

Lucha contra el cáncer de mama

Por la Dra. Laura Torrecillas.....4

MERIDIANOS NACIONALES

- Insuficiencia renal crónica
- Roncopatía, problema de salud pública
- Enfermedades de los ojos en prematuros
- In Memoriam.....6

MERIDIANOS INTERNACIONALES

- Cobre, inhibidor efectivo de A-H1N1
- Vacuna inhalable contra sarampión
- Día Mundial del Alzheimer
- Humo de tabaco y demencia.....7

UROLOGÍA

Nuevo tratamiento para cáncer de próstata

Por el Dr. Pedro de León Ángeles.....8

PROCTOLOGÍA

Adenoma rectal túbulo vellosa

Por el Dr. José Alberto González García.....9

EYACULACIÓN PRECOZ (Primera de tres partes)

■ Por el Dr. Víctor M. Vargas Hernández

Especialista en Ginecoobstetricia, Ginecooncología y en Biología de la Reproducción Humana

Se ha informado que las dos disfunciones sexuales más importantes que presenta el hombre son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil, las cuales se asocian con un gran número de enfermedades. La primera, que es el tema que aquí trataremos, es la falta de control sobre el reflejo eyaculatorio. Éste es un trastorno de la fase orgásmica durante la relación sexual el cual experimentan los varones en algún momento de su vida sexual activa, siendo el problema más frecuente, pues

se presenta en 25 a 40% de ellos; en los casos más graves, suelen eyacular antes de penetrar a su pareja o segundos después de hacerlo. Aunque tradicionalmente se considera que esta anomalía sólo afecta al hombre, en realidad aflige a la pareja, ya que las más de las veces se origina por falta de información sobre la sexualidad. Para su manejo, es necesaria también la participación de la mujer.

Esta disfunción se observa a cualquier edad; en la experiencia clínica, se ha encontrado que no sólo aqueja a jóvenes, sino incluso a mayores de 60 años, presentándola

Pasa a la pág. 5 ►

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN INFANTES

■ Por el Dr. Eduardo Ramírez Jaramillo

Gastroenterólogo, catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Definido como la devolución del contenido gástrico hacia el esófago, es un evento que ocurre con frecuencia durante la infancia el cual es capaz de producir desnutrición, neumonías por aspiración, asma, faringitis, laringitis, esofagitis, otitis, sinusitis y/o apneas.

Se han invocado varios mecanismos fisiopatológicos para explicarlo, por lo que es necesario tomar en cuenta que la existencia de esta condición tanto en niños como en adultos, obliga a definir los propios para cada grupo. Los estudios realizados en adultos no pueden ser extrapolados a la edad pediátrica, en especial al primer año de vida, edad en la que la incidencia es mayor.

No obstante, es importante mencionar que, de alguna manera, la presencia de cierto grado de reflujo gastroesofágico (RGE) puede ser considerada como normal, pero es indispensable establecer parámetros que nos permitan definir hasta

dónde llega la normalidad y a partir de qué momento podemos hablar de esta entidad como un proceso patológico. A pesar de la dificultad para definir dichos límites, esto sería de mayor importancia en los pacientes pediátricos, pues aunque buena parte de ellos presentan "asociados" preocupantes condiciones o procesos patológicos, en la gran mayoría se resuelve de manera espontánea con el crecimiento, sin que se presenten repercusiones o secuelas.

Los factores que se asocian con el RGE son:

- **Presencia de un tono basal del esfínter esofágico inferior (EEI) disminuida** (menor a 5mmHg). Éste ha sido uno de los mecanismos más utilizados para tratar de explicar el RGE en los niños pequeños, pero algunos estudios no han encontrado tal alteración aproximadamente en 50% de aquellos que presentan el RGE, problema que en algunos casos incluso es catalogado como patológico.

- **Relajaciones transitorias del EEI.** Tanto en niños como en adultos, en condiciones normales suelen ocurrir relajaciones

Pasa a la pág. 2 ►

GOTA Y PSEUDOGOTA

■ Por el Dr. Luis Antonio de Alba Galindo

Médico internista y geriatra; académico de la Facultad de Medicina de la UNAM del Depto. de Salud Pública; profesor del Hospital General de México de la Ssa; miembro de la Asociación de Profesores de Salud Pública

El término “gota” proviene de la *vox populi*, porque el dolor se manifiesta “gota a gota”, e incluso los franceses lo definían como “un dolor exquisito”, pero el nombre científico es hiperuricemia, que se refiere a los elevados niveles de ácido úrico en el organismo; lo cual es ocasionado por un aumento en su producción, su eliminación insuficiente por el riñón y/o debido a un exceso de ingesta de alimentos ricos en

purinas que son metabolizadas por el organismo y transformadas en él. Ciertos alimentos como las proteínas de origen animal, mariscos y algunas legumbres, son ricos en purinas. También las bebidas alcohólicas, en especial las fermentadas, como la cerveza, pueden incrementar significativamente sus niveles en sangre. En condiciones normales, se sabe que en el organismo sólo un tercio del ácido úrico procede de los alimentos, y el resto del metabolismo.

Con el paso del tiempo, la hiperuricemia puede generar cristales en forma de agujas que al depositarse en las articulaciones —aunque también pueden almacenarse en vías

Pasa a la pág. 3 ►

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN INFANTES

Viene de la pág. 1 ►

transitorias del EEI (RTEEI) no asociadas con la deglución, las cuales permiten —como fenómeno defensivo incluso— descomprimir el estómago mediante los eructos, pudiendo facilitar cierto grado de reflujo de material gástrico hacia el esófago, hecho que puede ser considerado como normal. Como ya se dijo, establecer un patrón de normalidad de estos fenómenos para diferentes edades se hace muy importante.

En términos generales, se puede decir que los episodios de RGE fisiológico son poco comunes, de corta duración y cuya frecuencia disminuye con el tiempo para llegar casi a cero luego de transcurridas una o dos horas de la ingestión de los alimentos. En el lactante, por ejemplo, suele ser un fenómeno muy frecuente e inocuo, el cual usualmente se reconoce como regurgitación.

En el RGE patológico concurren uno o varios factores para producir la enfermedad por esta causa; en tales condiciones puede ocurrir la concomitancia de varios: hay una frecuencia aumentada de los episodios de reflujo, compromiso del barrido del esófago del material refluído, resultando en episodios de larga duración que lesionan el esófago, el material refluído es más dañino y lleva a pérdidas calóricas o permite el acceso del material refluído hacia las vías aéreas.

La pirosis es el síntoma más común, y ésta se percibe detrás del esternón hasta el cuello. El cuadro clínico también incluye: disfagia o dificultad para deglutir alimentos, sequedad de boca, infecciones dentales, tos crónica o asma y sangrado oculto por úlceras en la mucosa esofágica.

La clínica se complementa con los siguientes procedimientos para confirmar el diagnóstico:

- Estudio del tracto gastrointestinal superior o esofagrama (ingesta de bario). Se llena el estómago del niño con bario y se le toma una radiografía del tracto digestivo para medir la frecuencia e intensidad del reflujo.

- Escintigrafía gastroesofágica. Se le da a ingerir un líquido que contiene contraste para tomarle una radiografía del estómago y se mide el tiempo que éste tarda en vaciarse evaluando a su vez el RGE.

- Monitoreo del pH esofágico. A través de la nariz se introduce una sonda pequeña y flexible en el esófago, a fin de medirle la frecuencia con que los ácidos estomacales regresan a dicho órgano. El tubo se deja hasta por un lapso de 24 horas.

- Endoscopia. Primero se anestesia al niño, y por este método se examina su esófago, el estómago o la primera sección del intestino delgado.

- Broncoscopia. Este estudio se realiza generalmente al mismo tiempo que se lleva a cabo la endoscopia, ya que se aprovecha para determinar si existe aspiración.

Puesto que el RGE puede crear problemas para comer, respirar o subir de peso, cuando ocurre con frecuencia, se recomienda que el bebé siga un tratamiento. Existen varias opciones, por ejemplo, técnicas para darle de comer y sacarle los gases, posiciones para sostenerle, sentarle y acostarle, así como también medicamentos. En casos extremos, quizá sea necesario operarle.

La medicación puede incluir los antiH₂, los cuales disminuyen la acción de la histamina sobre las células gástricas y por consecuencia la acidez gástrica, como la cimetidina, la ranitidina o la famotidina. Otro grupo de fármacos son los inhibidores de la bomba de protones, por ejemplo, el omeprazol, pantoprazol y el lansoprazol, así como los estimuladores de la motilidad del esfínter esofágico (metoclopramida o cisaprida).

La cirugía se realiza para síntomas incontrolados o por complicaciones de esofagitis de Barrett. Principalmente trata de corregir las hernias (de deslizamiento) de hiato, devolviendo el estómago a la cavidad abdominal y cerrando el paso por el diafragma para que no vuelva a ocurrir. ■

GOTA Y PSEUDOGOTA

Viene de la pág. 2 ►

urinarias formando cálculos— disparan una alerta al sistema inmunológico, el cual envía linfocitos a la zona produciendo una inflamación que origina los ataques de gota. Esto se caracteriza por un dolor punzante, constante, que incapacita y genera inmovilidad.

Aunque se carece de estadísticas confiables, se estima que este mal afecta a tres millones de personas en México, cifra que tiende a elevarse ante la epidemia de obesidad y diabetes mellitus tipo II que se registra en la población.

La hiperuricemia y sus complicaciones son más comunes en adultos del sexo masculino de entre 40 y 50 años de edad, de hecho la casuística refiere que de cada cuatro hombres que la padecen, sólo una mujer presenta esta alteración.

Los niveles elevados de ácido úrico se relacionan directamente con la obesidad, hipertensión, hiperlipemia (aumento de la grasa de la sangre) y diabetes; por consecuencia, la gota se asocia con una alta morbilidad y mortalidad por accidentes vasculares cerebrales y ataques cardíacos.

La enfermedad se presenta ante la ausencia de uricasa útil en el proceso de degradación del ácido úrico hasta alantoína. Aquél es el metabolito terminal de las purinas en el hombre y se produce en el hígado. Su eliminación se realiza a través del tracto digestivo, excretándolo entre 25 y 30% para degradarlo vía bacterias intestinales; y por el riñón.

En sujetos normales la producción de uratos oscila entre 250-600mg/24h (1.6-3.6 mmol/d), por lo que a nivel plasmático son anormales los niveles superiores a 7mg/dl (415 mmol/L) y epidemiológicamente se asocia con riesgo elevado de padecer gota o litiasis urinaria.

La gota se clasifica en primaria, la cual se refiere a la forma hereditaria; secundaria, que abarca los cuadros que aparecen durante la evolución de otra enfermedad o por uso de medicamentos; y en idiopática, cuando los casos no son clasificables.

La clínica es básica en el diagnóstico de la hiperuricemia y contribuye también a la demostración de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial, los cuales tienen forma de aguja, presentes en grandes cantidades durante el ataque agudo. Pueden observarse al microscopio convencional.

Los signos radiológicos clásicos aparecen de cinco a diez años después del primer cuadro. En etapas tempranas el aumento de tejidos blandos puede ser el único hallazgo y cuando hay tofos (agregado de microcristales y rodeados de una reacción granulomatosa) son indoloros, de color blanquecino, de consistencia dura, que ocasionalmente se ulceran y generan fístulas, dejando salir los cristales de urato como un líquido lechoso blanquecino.

Para tratar esta patología se utilizan fármacos uricosúricos, que ayudan en la eliminación de uratos al inhibir su reabsorción tubular. Su uso debe iniciarse a dosis bajas para evitar aumento brusco de concentraciones urinarias de urato, con

riesgo de urolitiasis. Es recomendable aumentar la ingesta de agua y alcalinizar la orina (pH de 6.5 o mayor), con 2-3g de bicarbonato hasta lograr la normouricemia.

Se recomienda iniciar con una dosis baja de alopurinol (100mg/día) para ayudar a depurar el ácido úrico vía renal. En algunos casos se puede requerir el uso de colchicina o de agentes antiinflamatorios no esteroideos o AINES como el ibuprofeno y celecoxib, con excepción del ácido acetilsalicílico. En algunos países de América Latina todavía se utilizan los uricosúricos como el probenecid y el benzobromarona, pero en México hace algunos años que ya no se manejan, por lo que el tratamiento de primera opción es alopurinol.

En la fase aguda y para mitigar el dolor e inflamación se utiliza la colchicina, que inhibe la migración de ácido úrico y evita la degranulación de enzimas lisosomales, aunque por sus efectos colaterales (en especial diarrea, náusea o vómito) ha disminuido su uso. Sin embargo, su respuesta es tan específica, que una prueba terapéutica positiva sugiere el diagnóstico; se realiza administrando 1mg cada dos horas hasta 4-6mg, o que se presenten efectos secundarios.

Otra de las herramientas farmacológicas que se utilizan son los AINES, de preferencia vía parenteral y oral en la fase de inicio, para luego mantener la vía oral por el tiempo necesario, con el fin de lograr la remisión total del cuadro inflamatorio agudo.

Otra opción es la cirugía, a través de la cual se busca remover los tofos, y la cual debe estar condicionada por la extensión del problema (afección ósea, tendinosa, partes blandas, etc.), el impedimento funcional, el estado local y la afección de estructuras vecinas (compresión vascular o nerviosa).

En el caso de la pseudogota, se refiere a una artritis inflamatoria episódica que se asimila a la gota, pero no tiene nada que ver con el ácido úrico. Recibe este nombre porque al igual que aquella presenta episodios agudos de inflamación articular. Es una enfermedad que se relaciona con cristales en el líquido articular, pero éstos son de pirofosfato de calcio y no de ácido úrico. Cabe señalar que los cristales que contienen calcio se clasifican en tres grandes grupos: cristales de calcio básico, cristales de calcio ácido y misceláneos.

Esta alteración afecta en especial muñecas, rodillas y también nudillos (sobre todo la segunda y tercera articulaciones, como las metacarpofalángicas) de ambas manos. La prevalencia clínica es de cerca de la mitad de la observada en gota, aunque muchos casos son asintomáticos y es más frecuente en pacientes mayores de 80 años.

Su tratamiento consiste en aspirar el líquido sinovial, a fin de eliminar los cristales. Asimismo, se inyecta la articulación con corticoides para reducir la inflamación. En los episodios agudos, es recomendable utilizar antiinflamatorios. Esta afección es de buen pronóstico, ya que por lo general no destruye las articulaciones, ni afecta los órganos vitales. ■

LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

■ Por la Dra. Laura Torrecillas

Médico adscrito al Servicio de Oncología; jefa de la Sección de Quimioterapia en el Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE.

El 19 del presente mes se conmemora la lucha contra el cáncer de mama en todo el orbe. Tanto en México como en toda América Latina, el cáncer de seno es la primera causa de muerte entre las mujeres mayores de 45 a 50 años. Tan sólo en nuestro país se registran 12,436 nuevos casos anuales, por lo que sin duda, se trata de un padecimiento que representa un reto en materia de salud pública. Lamentablemente el panorama es muy desalentador, ya que las cifras se incrementan año con año, por lo que se hace hincapié en la autoexploración periódica para detectarlo a tiempo.

Es un mal que se caracteriza por la reproducción acelerada y desordenada, pero sobre todo no controlada de células pertenecientes a tejidos de la glándula mamaria; además, es capaz de generar alteraciones en la estructura y función de los genes de las células malignas, las cuales sufren mutaciones haciendo que crezcan rápidamente, invadan otros tejidos y causen incluso la muerte, si la evolución continúa sin control. En este sentido, las mujeres que sufren una mutación en los genes BRCA 1 y BRCA 2, presentan un riesgo mayor de cáncer de mama, el cual se calcula que va de 40 a 80% durante su vida.

En etapas tempranas, estas protuberancias suelen encontrarse debajo de la piel, mientras que en procesos más avanzados pueden estar adheridos a la misma o afectarla directamente, produciendo cambios de coloración, deformidad del seno o ulceraciones. En algunos casos, aunque no es frecuente, se puede sentir dolor en la mama sin notar ningún bulto.

Hay que destacar que un signo importante es la retracción ligera de la piel o el pezón, el cual en situaciones menos frecuentes, presenta erosiones superficiales muy pequeñas. El exudado acuoso, seroso o sanguinolento es un signo temprano ocasional, pero se relaciona con frecuencia, también con una enfermedad benigna. Cuando las metástasis están presentes, los síntomas son muy variados, dependiendo del órgano afectado.

Los factores predisponentes en este tipo de cáncer son diversos: una dieta rica en grasas, problemas de obesidad, falta de actividad física; exposición a radiaciones, así como a hormonas con estrógenos por un periodo mayor a cinco años.

El cáncer hereditario de seno comprende aproximadamente un 10% de todos los casos, y en su desarrollo influyen antecedentes familiares directos; en tales circunstancias la probabilidad de sufrirlo se eleva 50%. Otras causas se deben a la menarquía temprana o la menopausia tardía, así como a los embarazos después de los 30 años, o a que nunca se hayan presentado.

No obstante es un padecimiento prevenible, por lo que la forma más común para su diagnóstico es el autoexamen, método con el que se logran detectar lesiones superiores a los

dos centímetros (50% de estos casos ya tienen diseminación sistémica); así como la mastografía, ya que ésta ofrece 95% de certeza.

Los exámenes deben ser muy puntuales de acuerdo con cada caso clínico. En las mujeres jóvenes, las mamas son más densas y la interpretación de la mamografía suele ser más complicada que en pacientes mayores cuyas mamas tienen una alta proporción de grasa. Por ello se recurre a las ecografías, para distinguir entre masas sólidas que podrían ser cancerosas, de quistes que por lo general no son malignos. Otro estudio que ofrece certeza al médico es la resonancia magnética, como en mujeres con alto riesgo (por antecedentes familiares) y en quienes por ser muy jóvenes, la mamografía no permite hacer una definición apropiada. Pero cuando existe sospecha de un tumor maligno aun con estos estudios el diagnóstico definitivo requiere de una biopsia.

Una vez identificado el mal, es necesario determinar en qué fase se encuentra. Se debe subrayar que cuando es descubierto de manera temprana, su pronóstico es favorable, ya que el control se logra en aproximadamente 70%, mientras que al hacerlo de manera tardía, menos del 10% de los casos son curables y requieren tratamientos en ocasiones prolongados pero sólo con fines paliativos.

Sin duda, contar con una prescripción acertada es de gran valía, ello permitirá ofrecer a la paciente el mejor procedimiento a seguir, que va desde quimioterapia, radioterapia, hasta terapia hormonal; pero cada una tiene sus indicaciones precisas y valoradas. Aunado al método adecuado, se complementa con el tratamiento clínico y los medicamentos antineoplásicos, mejor conocidos como terapias biológicas o terapias blanco, las cuales han ayudado a incrementar la sobrevida de las pacientes en las diferentes fases del cáncer de mama.

Hoy, gracias a la investigación clínica contamos con un conocimiento más detallado a nivel molecular de este mal, lo que ha permitido desarrollar fármacos especiales que acompañan a la quimioterapia, dirigidos justamente a los sitios de trastornos genéticos moleculares. Por fortuna, en nuestro país disponemos de medicamentos intravenosos y una terapia oral más reciente, de tipo molecular denominada anti ErbB2 +, aprobada por la FDA en el año 2007 y la cual a la fecha está aceptada en más de 76 países. En México, la Secretaría de Salud aprobó esta forma de tratamiento a partir de mayo de 2009.

La comunidad médica debe estar consciente del problema de salud que representa el cáncer de mama, por lo que es preciso recomendar a toda mujer que, además de la autoexploración mensual diez días después del periodo menstrual, inicie su vigilancia con mamografías anuales a partir de los 40 años. En caso de que el médico de primer nivel encuentre alguna imagen anormal en el estudio o sospecha de alguna lesión sólida en la exploración de la paciente, se recomienda la canalice con el oncólogo, para que éste realice el diagnóstico oportuno. ■

EYACULACIÓN PRECOZ

Viene de la pág. 1 ►

siete de cada diez hombres. Esta condición también se puede producir por la angustia que genera la edad en personas mayores, pero se soluciona en 90% de los casos. No obstante, es conveniente valorar esta disfunción en pareja, en virtud de que, cuando el hombre presenta eyaculación precoz, no permite a la mujer alcanzar su orgasmo; con excepción de hombres sin pareja.

En promedio, no se puede decir a cuánto tiempo después de iniciado el coito debe presentarse la eyaculación para considerarla normal, pero sí debe demorar el suficiente para que tanto el hombre como la mujer disfruten y lleguen a conseguir el orgasmo. Sin embargo, si se presenta eyaculación precoz severa, desde que comienza la excitación, después de unos cuantos movimientos copulatorios, produce poca satisfacción al hombre, y generalmente deja sin orgasmo a la mujer; incluso esta condición se llega a presentar con la excitación precopulatoria, antes de la introducción del pene a la vagina, depositando el esperma en la vulva. El estado emotivo que acompaña a esta situación se reconoce por la exageración de reacciones orgánicas que generalmente acompañan al coito como: taquicardia, taquipnea, sudación, congestión de la piel, temblores de los miembros, etc., incluso la eyaculación se presenta antes de desarrollarse la erección, lo cual puede llegar a producir impotencia.¹⁻⁵

Masters y Johnson indican que un hombre sufre de eyaculación precoz si en más del 50% de sus relaciones sexuales eyacula antes que su pareja logre un orgasmo. Otros investigadores lo señalan cuando lo hace en menos de dos minutos después de penetrar a su pareja. Sin embargo, Alfred Kinsey en 1950 demostró que 75% de los hombres eyaculan en menos de dos minutos después de la penetración, en más de la mitad de sus relaciones sexuales. Actualmente la mayoría de los especialistas definen esta condición como la falta de control eyaculatorio a tal punto que interfiere con el bienestar sexual y emocional de la pareja.¹⁻⁵

Los criterios para definir a un hombre como eyaculador precoz son:

1. Ausencia del control voluntario sobre su eyaculación.
2. Insatisfacción del propio hombre o su pareja, con respecto al tiempo que tarda en eyacular, pues se produce más rápido de lo que el desearían.
3. La eyaculación se produce antes o al poco tiempo de la penetración.
4. Las relaciones sexuales son tan rápidas que no le da tiempo a su pareja de lograr el orgasmo.

La eyaculación precoz es una condición médica sumamente común que afecta a tres de cada diez hombres, sin importar su edad, y puede presentarse desde su primer encuentro sexual o aparecer en otras etapas de su vida. El 75% la experimenta por lo menos una vez en su existencia, mientras que su prevalencia como entidad clínica a nivel mundial es del 30%, siendo causa frecuente de problemas emocionales, tanto para el paciente como para su pareja, motivo de angustia que ocasiona que él dude en

salir con una mujer y durante el matrimonio omita el sexo, según afirmó el doctor Stanley Althoff.¹⁻³

El orgasmo normal y la eyaculación se producen por un acto reflejo el cual es desencadenado cuando la mente y los estímulos táctiles alcanzan cierto umbral; la mayoría de los hombres desean prolongar el coito hasta que su compañera alcance el orgasmo o al menos por unos cuantos minutos. La única reacción propiamente masculina durante el ciclo de respuesta sexual es la emisión del líquido seminal, el acto de ésta corresponde a la expresión en el hombre de la fase orgásmica. Al inicio de la eyaculación, el esfínter vesical se cierra o persiste cerrado, para evitar que el líquido seminal penetre en la vejiga y ésta retenga su contenido urinario; entonces se abre el esfínter vesical externo y permite que el líquido seminal pase por la uretra penénea. Después, la eyaculación es impulsada por la musculatura perineal y músculos bulbo e isquicavernosos del pene. La eyaculación prematura es una alteración de esta no del orgasmo.

El proceso físico de la eyaculación requiere dos fases secuenciales:

1) La emisión es el primer mecanismo e involucra la deposición del líquido seminal de los conductos deferentes, vesículas seminales y glándula prostática a la uretra posterior.

2) La expulsión del semen incluye el cierre del cuello vesical seguido de contracciones musculares rítmicas de uretra por intermedio de los músculos pélvicos, perineales y relajación intermitente del esfínter externo uretral.

La serotonina juega un papel central para modular la eyaculación; tiene un efecto inhibitorio de ésta modulado a través de ciertas áreas del cerebro y niveles bajos de serotonina en la hendidura sináptica del cerebro causan eyaculación precoz. Esta teoría es apoyada por el éxito con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), al incrementar los niveles de serotonina a nivel de las sinapsis y mejorando la eyaculación precoz.

Las neuronas motoras del sistema nervioso simpático controlan la fase de emisión del reflejo de la eyaculación mientras que la fase de expulsión es ejecutada por las neuronas motoras somáticas y sistema nervioso autónomo. Estas neuronas motoras están localizadas en los nervios raquídeos torácicos, lumbares y lumbosacros y se activan en forma coordinada cuando llegan a una suficiente estimulación sensorial para alcanzar el umbral eyaculatorio a nivel del sistema nervioso central. Existe una participación genética en algunas formas de eyaculación prematura y 91% de hombres que padecen eyaculación precoz, tienen un familiar directo con el mismo trastorno. Algunos de ellos presentan una respuesta neurológica más rápida en los músculos pélvicos y con ejercicios sencillos mejoran el control eyaculador cuando existen factores neurológicos.

Bibliografía: 1. DeGroat WC, Booth AM. *Physiology of male sexual function*. Ann. Intern. Med. 1980; 92 (2 Pt 2): 329-31. 3-5. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *The journal of sexual medicine* 2005; 2(4): 498-507. ■



INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Se considera un problema de salud pública, ya que es la tercera causa de muerte hospitalaria en México, que afecta a más de 100 mil personas de todas las edades. Por tratarse de una enfermedad que no presenta síntomas en la mayoría de los casos, no se la diagnostica a tiempo hasta que llega a una etapa muy avanzada. Un estudio reciente mostró que uno de cada siete adultos la padece y no lo sabe. Este número ha aumentado debido a los altos índices de obesidad, que junto con la diabetes y la hipertensión constituyen sus principales factores de riesgo, destacó la nefróloga del CMN Siglo XXI, María Elsa Pineda Sánchez. Por tanto, cabe considerar que a medida que progresa este mal, los pacientes van a desarrollar anemia —debido a que los riñones dejan de producir eritropoyetina—. Por su parte, el doctor Juan Pablo Herrera F., coordinador del Comité de Nefrología Intervencionista de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión y del IMIN comentó: “Ahora es posible brindar alternativas más eficientes y cómodas, ya que se cuenta con un activador continuo de los receptores de eritropoyetina. Gracias a este tratamiento se ha podido estabilizar al paciente con este tipo de anemia”. ■

RONCOPATÍA, PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El doctor Carlos Cuauhtémoc Solís Pérez, jefe del Servicio de Inhaloterapia y Laboratorio del Sueño del Hospital General Regional (HGR) No. 1 “Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro”, del IMSS, señaló que más de 35 millones de personas en el país, 60% hombres y 40% mujeres, entre los 41 y 64 años de edad, sufren roncopatía, una enfermedad la cual presentan sobre todo gente obesa. Es capaz de causar infarto al corazón, hipertensión arterial y hasta accidente vascular cerebral. Al respecto, señaló que roncar no es sinónimo de dormir bien; por el contrario, el paciente no tiene un sueño reparador pues amanece cansado, de mal humor, con dolor de cabeza, pesadez en la nuca y alteraciones de la memoria, lo que la clasifica como una enfermedad incapacitante, además de que provoca baja productividad laboral, accidentes automovilísticos, inestabilidad matrimonial y familiar. El especialista explicó también que en el IMSS se la diagnostica y atiende en sus Clínicas del Sueño (dos en el DF, dos en el Edomex, una en Monterrey y una en Mérida), donde se realiza un estudio llamado polisomnografía, a través del cual se detectan las alteraciones del sueño mientras el paciente duerme. ■

ENFERMEDADES DE LOS OJOS EN PREMATUROS

La retinopatía del prematuro se puede corregir si se detecta a tiempo. Al respecto, el doctor Marco A. Ramírez O., del Servicio de Oftalmología del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, informó que en este tipo de padecimiento, el tejido vascular de la retina tiene un desarrollo anormal y pérdida de la vista; y se presenta sobre todo en bebés de menos de un kilo y medio de peso. Los recién nacidos también pueden sufrir problemas serios de vista por enfermedades o malformaciones congénitas como alteraciones del nervio óptico, microftalmos, glaucoma, cataratas y retinoblastoma, que afecta entre 100 y 120 pacientes cada año; y se presenta antes de cumplir los dos años de edad. De no ser detectado a tiempo, puede significar la pérdida de la vista, de uno o ambos ojos e inclusive la muerte.

Por ello es fundamental la revisión del médico de primer contacto desde el nacimiento, para que ante la sospecha de algún problema, remita al pequeño con el especialista. En este sentido, el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” cuenta con dos de los más exitosos programas nacionales; uno para la atención al neonato con retinopatía y para niños con retinoblastoma. ■

In Memoriam

Grupo Percano de Editoras Asociadas lamenta el fallecimiento del Dr. Florencio Fernández Ortega, sucedido el pasado 22 de septiembre, quien desde 1996 hasta la fecha se desempeñó como Director Médico de nuestra revista *Prescripción Médica*.

El Dr. Fernández, nicaragüense afincado desde hace décadas en el Distrito Federal, colaboró en diversas publicaciones de Grupo Percano, tales como *Médico Moderno* y *RM Revista Médica de Arte y Cultura*, escribiendo artículos de los temas que lo apasionaban: la historia, arquitectura y antropología prehispánica.

El Dr. Florencio Fernández Ortega, médico gastroenterólogo, fue reconocido dentro de su labor profesional y por su participación en diversos foros nacionales e internacionales donde intervino como conferencista.

A sus familiares, colegas y amigos, les enviamos nuestro sentido pésame. A nuestro noble amigo lo recordamos y lo llevamos en el corazón, deseando que descanse en paz.



COBRE, INHIBIDOR EFECTIVO DE A-H1N1

Bill Keevil, director de la Unidad de Salud Ambiental en la Universidad de Southampton, estudió la incubación del virus de la gripe A-H1N1 en superficies de cobre y acero inoxidable. Los resultados demostraron que tras 24 horas de incubación sobre una plancha de acero inoxidable, 500 mil partículas del virus continuaban activas, mientras que en una hora sobre una de cobre 75% había sido erradicado, y seis horas después sólo quedaban activas 500 partículas. Los hallazgos se suman a otros, confirmado la eficacia del cobre a la hora de acabar con bacterias patógenas como *E. coli*, *Salmonella* o MRSA —una de las cepas más virulentas de bacterias resistentes a antibióticos y causa habitual de infecciones hospitalarias.

Debido a que la investigación demostró que el cobre inhibe el virus A-H1N1, recomendó que las superficies de contacto público sean de cobre o latón como medida adicional para prevenir la propagación de la enfermedad, la Agencia de Protección Ambiental de EU (EPA) aprobó el registro de las aleaciones de este metal como antimicrobianas, con relación a los beneficios que han demostrado para la salud. ■

VACUNA INHALABLE CONTRA SARAMPIÓN

En la Universidad de Colorado, en Boulder, un grupo de investigadores encabezado por el doctor Robert Sievers desarrolla la primera vacuna en polvo inhalable contra el sarampión. Al respecto, el científico destacó que la meta es crear una inmunización viable para las zonas aisladas de los países en desarrollo donde no se cuenta con agua potable, refrigeración, ni agujas esterilizadas o desechables, y en las que este problema aún es endémico.

También informó que esta enfermedad causa la muerte de más de 900 mil niños por año en las regiones más pobres del mundo, según cifras de la OMS; y señaló que para crear la vacuna, se mezcla una forma debilitada del virus con dióxido de carbono “supercrítico” —parte líquida y parte gaseosa— para producir burbujas microscópicas y gotas que luego se secan para generar el polvo inhalable, el cual puede ser almacenado durante al menos un año entre dos y ocho grados Celsius, superando la prueba de la OMS de siete días a 37°C, ya que sigue siendo potente aún en esas circunstancias. El equipo de investigadores espera comenzar las pruebas de la vacuna el próximo año en India, indicó el doctor Sievers. ■

DÍA MUNDIAL DEL ALZHEIMER

El 28 de septiembre pasado se conmemoró a nivel mundial esta fecha sobre un problema que se estima sufren alrededor de 11 millones de personas en el orbe —de las cuales 300 mil viven en México (Conapo)—. De mantenerse esta cifra en aumento, para el año 2025 podría llegar a 22 millones, debido a que el proceso de envejecimiento de la población avanza de manera vertiginosa.

Al respecto, se enfatizó que es un mal degenerativo del cerebro el cual presenta distintas etapas de deterioro, que van desde los olvidos hasta la falta de control de los sentimientos, y que ocasiona episodios de agresividad en quien lo padece. Por ello, se destacó lo importante que es la compañía de los familiares o de cuidadores, así como de apoyo psicológico, y comprender que el tratamiento es multifactorial e incluye la prescripción de fármacos como la memantina, fármaco que ayuda a detener el proceso de deterioro mental. ■

HUMO DE TABACO Y DEMENCIA

Según un estudio publicado por la revista *British Medical Journal*, el riesgo de desarrollar demencia o algún deterioro cognitivo aumenta 44% cuando una persona está expuesta a altos niveles de humo de tabaco. En dicho estudio, dirigido por el profesor David Llewellyn de la Universidad de Cambridge, se analizaron muestras de saliva de casi cinco mil adultos de más de 50 años, en las que se midió los niveles de cotinina, un subproducto de la nicotina que puede hallarse en ella hasta unas 25 horas después de haber estado expuesto y que permitió evaluar los niveles de afectación.

Además, a los participantes se les aplicó un test neurofisiológico para evaluar sus funciones cerebrales y deficiencias cognitivas el cual se centró en la función de la memoria, habilidad numérica y fluidez verbal, y cuyos resultados se sumaron para obtener un referente global. Quienes se situaron más abajo del 10%, se les consideró como afectados de algún tipo de impedimento cognitivo.

Los expertos concluyeron que como se ha comprobado con anterioridad, el estar expuesto por mucho tiempo al humo de tabaco aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas las cuales se asocian con un mayor riesgo de demencia, siendo la principal el Alzheimer, que, aunque no tiene cura, se puede controlar con memantina. ■

NUEVO TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA

■ Por el Dr. Pedro de León Ángeles

Cirujano urólogo; miembro de la Sociedad Mexicana de Urología y del Colegio Mexicano de Urología

En la próstata existen varios tipos de células, pero más de 99% de los cánceres se forman en las células glandulares (adenocarcinoma), las cuales producen el líquido que es agregado al semen. A nivel mundial, se trata de una de las neoplasias más frecuentes en pacientes por arriba de los 50 años de edad. Este tipo de problema se debería identificar en forma temprana, con la ayuda de un cuadro clínico que supone que el paciente tiene alteraciones en la glándula prostática y se divide en dos grandes grupos: la sintomatología urinaria obstructiva baja y los síntomas urinarios irritativos en términos generales. Éstos consisten en una disminución del chorro urinario, goteo terminal, vaciamiento de escroto a nivel de vejiga, ardor urinario, hematuria y hematospermia.

El cáncer de próstata se ha incrementado en las últimas dos décadas y se ha convertido en la principal causa de muerte por cáncer en el hombre adulto en México, al ocasionar 15 fallecimientos por cada 100 mil varones. Este mal representa alrededor del 11.5% de todos los tumores que afectan a este sexo. Cinco por ciento de los hombres mayores de 50 años sufrirá este carcinoma, mientras que 60% tendrá hiperplasia; es decir, crecimiento anormal de la glándula.

Después del cáncer, las enfermedades más frecuentes de este órgano son la prostatitis y la hiperplasia prostática obstructiva. Por lo general, todas afectan más a quienes han rebasado la cuarta década de vida. La prostatitis es una inflamación cuyo origen puede ser infeccioso, e incluso, ser causada por enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a la hiperplasia prostática o hipertrofia benigna, suele presentarse por los cambios que esta glándula sufre a medida que el hombre envejece.

Para descartar o confirmar la presencia de células malignas, lo indicado es realizar una prueba de antígeno prostático específico, ultrasonido o una ecografía transrectal y biopsia, cuando es necesario. El tacto rectal es una parte muy importante en el diagnóstico de este tipo de problema, porque algunos tumores no generan el antígeno prostático y es posible detectarlos a través de esta técnica. Cuando se cuenta con todos estos elementos, se puede tener una especificidad de 96% en el diagnóstico. Es importante diferenciar el lugar donde se encuentra la neoplasia, o bien, si se trata de un cáncer localizado, o avanzado, a fin de aplicar el tratamiento pertinente en cada caso.

Las opciones terapéuticas actuales incluyen cirugía, radiación, manipulación hormonal, o la combinación de ellas. El enfoque depende de la edad del paciente, la fase en que se encuentre y los problemas médicos coexistentes, aunque no hay una opción de tratamiento acordado y los patrones terapéuticos varían según los países. Hay varios enfoques hormonales di-

ferentes para el cáncer de próstata que incluyen orquiectomía bilateral, análogos de GnRH y antiandrógenos.

Por otro lado, para pacientes con metastásis existen medicamentos que ayudan a controlar la enfermedad. Aquí la testosterona desempeña un papel importante en el crecimiento y proliferación de las células cancerígenas. En estudios de fase III se encontró que degarelix generó en tres días una reducción estadísticamente significativa de los niveles de la hormona en más de 96% de los pacientes estudiados. Los resultados muestran que el medicamento generó un efecto rápido en los niveles de testosterona y del antígeno prostático específico (APE), como la supresión de ambos a largo plazo, muy cercano al alcanzado de inmediato con la cirugía (orquiectomía).

El nuevo antagonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) es indicado para pacientes con cáncer de próstata hormonodependiente avanzado y está aprobado por la Comisión Europea de Medicamentos (EMA) y por la Food and Drugs Administration (FDA) de Estados Unidos. En México, el fármaco es analizado por las autoridades de salud y se espera su aprobación este año, con lo que los pacientes podrán beneficiarse del mismo a principios de 2010.

Los descubrimientos del ensayo internacional multicentro en 187 hombres mostró que el ciento por ciento de los pacientes tratados con una dosis inicial de 240mg y otra de mantenimiento de 160mg, lograron una privación de andrógenos desde 28 días hasta el año completo. La falta de andrógenos permite el control de la enfermedad en pacientes con cáncer de próstata.

Los tratamientos hormonales utilizados en la actualidad para el cáncer de próstata incluyen agonistas de la GnRH. A diferencia de degarelix, estas terapias estimulan el receptor de hormona natural en la glándula pituitaria. Estos agentes también tienen un efecto clínico deseado, pero ayudan a la producción de testosterona antes de detenerla y pueden llevar a un empeoramiento de los síntomas cancerígenos.

La GnRH de formación natural se une al receptor de GnRH en las células de la glándula pituitaria, impulsando la producción de la hormona luteinizante (LH), que en consecuencia estimula la producción de testosterona. Tanto los agonistas como los bloqueadores de GnRH, se unen en el mismo receptor objetivo. Los agonistas, sin embargo, de inicio trabajan ayudando la liberación de LH y por tanto la producción de testosterona, lo que significa que hay un aumento de de esta hormona al principio del tratamiento el cual provoca las respuestas de estallido características en los síntomas y el crecimiento del tumor.

En cambio, los bloqueadores de este fármaco, previenen la liberación de LH, lo que supone que la supresión de la testosterona es rápida y profunda. Además, con los bloqueadores no hay necesidad de administrar un segundo agente

Pasa a la pág. 9 ►

ADENOMA RECTAL TÚBULO VELLOSO

■ Por el Dr. José Alberto González García

Fellow American College of Surgeons (F.A.C.S.); Member European Association of Endoscopic Surgery (E.A.E.S.)

El recto es una parte del tracto digestivo capaz de producir pólipos adenomatosos planos o sésiles, con una histología vellosa, los cuales en su inicio producen pocos síntomas y sólo dan molestias cuando han crecido y alcanzado un tamaño considerable, siendo en este estado cuando el problema suele ser diagnosticado. El adenoma túbulo vellosa se puede tratar con mayor facilidad en esta zona que en cualquiera otra del tracto digestivo, como por ejemplo en el ciego; debido a que la pared rectal es más accesible, es extraperitoneal y porque hay varias opciones de procedimientos.

En su diagnóstico, se debe excluir que sea un carcinoma y documentar en forma precisa su dimensión y posición en el recto, además de su tamaño, puesto que pólipos muy distales pueden prolapsarse por el ano y adenomas grandes en el ampulla rectal producir una necesidad urgente de evacuar y tenesmo. El sangrado rectal y la secreción mucosa son síntomas característicos de adenoma rectal, presentándose desequilibrio significativo de electrolitos.

El diagnóstico se establece con la historia clínica y con la exploración por tacto rectal, rectoscopia y sigmoidoscopia rígida, siendo ésta la mejor manera para determinar posición, tamaño y consistencia del pólipo adenomatoso. La distancia de la línea pectínea y su extensión, son datos importantes para establecer el tipo de procedimiento a seguir. Las áreas induradas o frágiles del pólipo adenomatoso son datos que hacen sospechar de malignidad.

Es aconsejable tomar varias biopsias del tejido adenomatoso, así como una colonoscopia para descartar una lesión sincrónica. El ultrasonido transrectal nos permite visualizar la invasión de la lesión fuera de la mucosa. Si hay alguna sospecha de ello, el pólipo es considerado como cáncer.

En la actualidad, se cuenta con varios tratamientos:

- Polipectomía por endoscopia. Se practica con el endoscopio fibroscópico y es una buena elección para lesiones pequeñas altas evidentemente benignas. La resección se hace

con el asa de escisión, se aplica 1:100,000 epinefrina en la base del pólipo para minimizar el riesgo de sangrado.

- Escisión transanal. Es un procedimiento adecuado para pólipo adenomatoso de hasta siete centímetros de diámetro situado en el recto bajo distal. Dependiendo de la localización de la lesión, anterior o posterior, se coloca al paciente en la posición quirúrgica de kraske o de litotomía. Si el pólipo es benigno, sólo se hace una resección de mucosa, pero si hay sospecha de que sea maligno, se hace una escisión de todo el espesor de la pared rectal.

- Microcirugía transrectal endoscópica (TEM). En lo personal, es el método de elección en lesiones mayores de ocho centímetros de margen anal. Se hace un pneumorrecto que permite ver el adenoma adecuadamente, empleándose instrumentos de laparoscopia modificados para el TEM. También en este procedimiento se puede hacer mucosectomía o resección de todo el espesor de la pared rectal, dependiendo del estado patológico del adenoma. Los resultados son excelentes.

- Proctomía transabdominal. Este procedimiento se emplea cuando hay datos muy sugestivos de que se trata de un cáncer. Después de la resección del adenoma, incluyendo márgenes de tejido sano, se hace la reconstrucción con una anastomosis primaria coloanal y colorrectal. La preparación preoperatoria del paciente debe incluir una limpieza mecánica del colon y sistémica con antibióticos, así como la profilaxis para una trombosis venosa profunda. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentra el sangrado y la perforación, las cuales tienen un alto riesgo de peligro.

El adenoma rectal túbulo vellosa es particularmente susceptible de tener recurrencia, de tal manera que es necesario vigilar al paciente con sigmoidoscopia cada tres meses por un año, después, cada seis meses por dos años, y posteriormente una vez al año.

Para concluir, cabe señalar que este tipo de lesión premaligna es cada vez más frecuente y debe ser tratada con prontitud y eficacia. Considero que la mucosectomía por TEM es el procedimiento de elección. Una vigilancia cuidadosa asegura una buena evolución del paciente. ■

NUEVO TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA

Viene de la pág. 8 ➤

hormonal, llamado antiandrógeno, usado para combatir los estallidos que acompañan al uso del agonista de la GnRH. Después, se hace un seguimiento periódico del paciente, desde luego con la medición de los niveles de testosterona, para conocer a nivel sanguíneo si el medicamento reporta buenos resultados.

Con la medición del antígeno prostático específico se tiene idea de cuánto ha disminuido el tumor. Además, se requiere

del gammagrama óseo para tener una vigilancia estrecha de los pacientes, ya que este tipo de neoplasias generan metástasis a hueso y ganglios linfáticos.

Es un medicamento de aplicación intramuscular, en dosis mensual y que tiene mínimos efectos secundarios como náuseas o vómito los cuales son controlables, por lo que promete mucho en el manejo de este tipo de enfermos. El objetivo es que el tratamiento de los pacientes con cáncer avanzado tenga como resultado una mejor calidad de vida y los menos efectos colaterales posibles. ■

RINOSINUSITIS (SINUSITIS)

■ Por el Dr. Gustavo Acosta Altamirano

Médico inmunólogo y neumólogo; ex presidente de la Sociedad Médica y director de la Clínica de Inmunodiagnóstico del Hospital Juárez de México de la Ssa

Éste es el término que se acepta en la actualidad para denominar a la sinusitis, pues es una enfermedad que presenta inflamación de la mucosa y senos paranasales por procesos alérgicos o infecciosos por más de tres meses, y no sólo se limita a una determinada cavidad paranasal. Afecta entre 5 y 15% de nuestra población, y se estima que la presentan 146 de cada mil habitantes, excediendo la prevalencia de cualquier otra patología, constituyéndose en un serio problema de salud pública. Cabe aclarar que los senos paranasales están recubiertos por una mucosa respiratoria la cual está constituida por células ciliadas que, a modo de escobillas, limpian y drenan las fosas nasales. Sin embargo, cuando este proceso de limpieza no funciona —debido a la obstrucción de los meatos nasales, mismos que permiten ventilar y mantener en su interior una presión similar a la atmosférica—, se puede producir la infección del moco acumulado, y a su vez propagarse al interior de los senos. Esta condición puede afectar a uno o varios senos, aunque en los recién nacidos se da en el único que tienen desarrollado, que es el etmoidal, y después de los cinco años en el maxilar.

Los causantes constantes de las infecciones en los senos paranasales suelen ser bacterias, virus y, en ocasiones, hongos; como la sinusitis micótica producida en los pacientes inmunodeprimidos por *Aspergillus fumigatus*. Entre los principales gérmenes que conducen a una rinosinusitis se encuentran: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*. Mientras que, por parte de los virus, los más insistentes son los rinovirus, adenovirus y los virus tipo *influenzae* y *parainfluenzae*. Además, factores ambientales como exposición al frío, sequedad ambiental y contaminación atmosférica condicionan que disminuya la actividad de los filamentos de las células o cilios y el drenaje de los senos.

Los pacientes adultos con este cuadro se quejan de cefalea, secreción mucopurulenta, amarilla o verdosa, y fiebre. Otros síntomas son epistaxis, malestar general, tos, hiposmia, dolor a la masticación y afonía. En tanto, en niños con rinosinusitis crónica, la tos es la queja más habitual y la fiebre menos frecuente. Por lo general presentan secreción posnasal purulenta, congestión nasal y cefaleas. Otros malestares son tos, halitosis y rinorrea crónica. El intenso dolor facial es un síntoma infrecuente en pacientes con sinusitis crónica. Puede haber algunos casos en que no se presenten síntomas.

La persistencia de estos indicios se encuentra en el “complejo osteomeatal”, lugar por donde drenan en el meato medio los senos frontales, maxilares y etmoides anterior. Algún obstáculo a estas secreciones puede favorecer la infección.

Por su duración, la rinosinusitis se clasifica en: aguda, menor o igual a cuatro semanas; subaguda, de cuatro a 12 semanas; aguda recurrente, de cuatro o más episodios al año, de entre siete y diez días; y crónica, supera las 12 semanas (en este estado intervienen varios factores, fundamentalmente el daño y el fenómeno inflamatorio en la mucosa, sobrealimentándose la infección).

El diagnóstico es clínico, pero se apoya en radiología simple, indicada sólo cuando existen dudas. Como exploración complementaria se recurre a trasiluminación sinusal, una prueba que se realiza tanto en senos maxilares como frontales y cuyo resultado negativo apoya el diagnóstico. La TAC aporta una adecuada información anatómica de los senos afectados y el estado de la mucosa. Asimismo, el diagnóstico microbiológico requiere de aspiración de la cavidad sinusal, y debe realizarse por punción del seno o por técnicas endoscópicas, pero en cualquier caso por un otorrinolaringólogo. Aunque estos estudios ayudan a identificar tumores, una resonancia magnética permite distinguir y diferenciar un proceso inflamatorio por bacterias o virus de un problema neoplásico.

La terapéutica médica actual se dirige a tratar la infección y a lograr el drenaje de los senos paranasales. Los antibióticos de elección tanto en los casos agudos como crónicos, son ampicilina y amoxicilina, por no más de diez días. Además, los descongestionantes nasales producen vasoconstricción de la mucosa, disminuyen el edema, mejoran la ventilación de las cavidades paranasales y facilitan el drenaje sinusal.

En rinitis alérgica, descongestivos más antihistamínicos pueden contribuir a reducir las secreciones. En algunos casos, cabe usar descongestivos tópicos por dos o tres días, seguidos de esteroides nasales, también tópicos, ya que ese tipo de descongestivos a largo plazo pueden originar rinitis medicamentosa. Otra, es la irrigación nasal con solución salina estéril, para evitar la introducción de agentes infecciosos.

Se necesita consulta quirúrgica en los casos de sinusitis aguda complicada, sinusitis insensible a la terapéutica médica energética y sinusitis crónica recidivante (más de cuatro episodios al año). Las intervenciones quirúrgicas deben ir seguidas de tratamiento médico, que comprende el uso de corticosteroides tópicos para minimizar la reaparición de pólipos nasales.

Una rinosinusitis se puede complicar cuando las bacterias logran ingresar y viajar por vía sanguínea y provocar meningitis. De un fenómeno local se puede generar una complicación que afecte el sistema nervioso central. ■